ROK VIII. LIPIEC 1928 № 7 (67)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

Dr. WŁODZIMIERZ SZAFRAN, Lwów.
Kier. Instyt. Stomatol. K. Ch.

Uwagi nad odpowiedzią Dr. Czerneckiego.

W Przegl. Dent. № 5, r. 1928, ukazała się, na pierwszym miejscu, odpowiedź D-ra Czerneckiego na mój artykuł p. t. Teoretyczne rozważania na temat: Podwójna korona jako uchwyt (zaczepka) częściowych dostawek ruchomych. Patrz Przegl. Dent. № 3, r. 1928.

W bardzo krótkiej odpowiedzi, stara się Sz. autor załatwić z moim artykułem rzeczowym, opartym na zasadach fizyki, wyniku prac całego szeregu autorów i wywodzie matematycznym. Wprawdzie odpowiedź Sz. autora właściwie nie nadaje się do rzeczowego traktowania jej i rozważania, jako nie posiadająca żadnych cech rozprawy naukowej; ze względu jednak na sposób odpowiadania, postanowiłem załączyć tych parę uwag, utrzymanych w stylu D-ra Czerneckiego.

Sz. autor zapytuje, ile wykonałem takich dostawek. Ani jednej. Trudno przecież wymagać od kogokolwiek, by wykonywał dostawki, które nie wytrzymują rzeczowej krytyki teoretycznej. W tym przypadku każdy postąpiłby świadomie źle i to podwójnie. Raz dlatego, że, robiąc dostawkę, proponowaną przez Sz. autora, a uważaną przez siebie już z góry za nieodpowiednią i przynoszącą szkodę noszącemu, za którą w dodatku każe sobie zapłacić (a przecież jest zasadą: primum non nocere); powtóre, przez świadome popełnianie błędu zasadniczego, tego samego, w który i Sz. autor popadł. Wykonaniem zaś dostawki nikt nie zyska dowodów, potwierdzających jej celowość i naukową racjonalność. Nie mogę bowiem przypuścić i zapewne Sz. autor musiał się pomylić, pisząc, że wykonanie dostawki „w myśl mego

projektu“ może „dopiero być dowodem, że rozważania te są słuszne”. Czyje jednak rozważania, — moje, czy Sz. autora? Jeżeli Sz. autora, to jakże więc, mechaniczne wykonanie dostawki, przeczącej niezbitym zasadom i prawom fizyki i mechaniki, ma być dowodem, że te zasady są mylne, a słusznem jest rzemieślnicze wykonanie? Innego zaś dowodu od Sz. autora, naukowego i opartego na niezbitych prawach, dotychczas nie mieliśmy.

Następnie Sz. autor stara się przeprowadzić dowód oświadczeniem, że sposób umocowania dostawek zapomocą podwójnych koron podał w piśmiennictwie polskiem jeszcze w 1923 r. Przyznaję, jednak już wtedy kwestjonowałem tak rozległe zastosowanie podwójnej korony w kilku, przytoczonych przez Sz. autora, przypadkach. Ponadto praca ta była pierwszą wogóle enuncjacją Sz. autora, więc temsamem musiała być względnie traktowaną, a pozatem była to praca, jak wiadomo, pisana wtedy celowo. Dzisiaj, natomiast, podaje swą pracę przedstawiciel katedry i to właśnie jedynej w Polsce katedry protetyki dentystycznej, a więc i miara jej oceny musi być zupełnie inną. Tembardziej, że, jak zaznaczam z naciskiem, nie kwestjonowałem w swym artykule samej podwójnej korony, która znaną jest od bardzo dawna w protetyce dentystycznej, lecz uważam za „błędną” całość proponowanej dostawki i jej stosunek do filara za pośrednictwem podwójnej korony.

W dalszym ciągu Sz. autor „przypuszcza“, że „istnieją jakieś fałszywe przesłanki w rozumowaniu“, które w ostatecznym rezultacie „muszą do błędnych doprowadzić wniosków“ w moich teoretycznych rozważaniach. Pozwolę sobie zaznaczyć, że w rozważaniach swych wyszedłem z zasad fizyki, — niezbitych i niewzruszalnych,—następnie, jako dalsze „przesłanki“, przytoczyłem prace całego szeregu autorów, którzy w badaniach swych stwierdzili zależność protetyki od tych zasad. Wspomniałem i przytoczyłem wyniki prac Gysi'ego, Riechelmann'a, Schroeder'a, Godon'a, Wustrow'a, Etling'a i innych. Jeżeli tedy operowałem mylnemi przesłankami i doszedłem do „błędnych wniosków”, to w takim razie mylnym jest wynik prac tych autorów, których przecież uznaje cały świat.

Jeżeli jednak jest inaczej, jeżeli tylko ja wyciągnąłem mylne wnioski, opierając się na wynikach prac, zresztą zupełnie słusznych i prawdziwych, wtedy proszę Sz. autora o łaskawy wyczerpujący dowód teoretyczny racjonalności proponowanej dostawki i proszę wykazać mi w ten sposób błędność rozumowania lub istnienie przypuszczalnych „fałszywych przesłanek”. Temsamem też uniknę przykrego wrażenia, że twierdzenia nauki ścisłej mogą być kwestjonowane przy-

puszczeniami, jak to czyni Sz. autor. Skoro zaś dowód ten uzasadni moją pomyłkę, to z przyjemnością ustąpię, w żadnym jednak innym przypadku. Sam przecież Sz. autor twierdzi, że „musi teorja wyjaśniać spostrzegane fakta i z niemi być w zgodzie". Więc choćby dla udowodnienia swego twierdzenia, że właśnie proponowana dostawka „umocowana lege artis" jest „błędną" w mojem rozważaniu teoretycznem, proszę o taki ścisły dowód, jakim mój był. Pisaniem zaś, bez załączenia dowodu nie można obalać praw fizyki, opartych na tak ścisłej nauce, jak matematyka.

Zupełnie zgadzam się z Sz. autorem, że medycyna kliniczna stawia nas nieraz przed nadspodziewanemi wynikami zabiegów i zmusza nas następowo do badań ścisłych. Protetyka dentystyczna jednak nie jest medycyną kliniczną. Nie podlega ona całemu szeregowi niewiadomych nam nieraz zagadnień fizjologicznych, chemicznych i sero-bakterjologicznych, a także konstytucji i wpływów zewnętrznych naszego organizmu. Jest ona nauką samą dla siebie, opartą na niezmiennych zasadach statyki, mechaniki i fizyki, a stojącą tylko ua usługach medycyny. Jak długo przeto zasady tych nauk będą niezmienione nowemi, bardziej szczegółowemi badaniami, tak długo są one kanonami nauki, od których powinno wychodzić każde teoretyczne rozważanie w dziedzinie protetyki. Fakt zaś, że dostawki noszą ludzie żyjący, podlegający czynnikom nam nieraz nieznanym, nie może jeszcze znosić zasad podstawowych, wyżej wspomnianych. My tylko musimy dostosować do nich każdorazowe warunki fizjologiczne (np. dostawki z wycisków czynnościowych).

Podobnie twierdzenie Sz. autora, iż „szereg pacjentów, nawet z dobrze orjentujących się sfer lekarskich" jest zadowolony z takiej dostawki, zupełnie nie wytrzymuje krytyki. Tak Kantorowicz, jak i Schroeder powiedzieli swego czasu, że „nie ma tak źle zrobionej dostawki, do której pacjent nie przyzwyczaiłby się". Zapewne i sam Sz. autor, jako kierownik kliniki protetycznej, wielokrotnie musiał stwierdzić ten fakt olbrzymiego dostosowania się pacjentów. Ta kolosalna tolerancja jest również powodem tak silnie rozgałęzionego partactwa w naszym zawodzie, — a nawet, śmiem twierdzić, początkiem tej krótkowzroczności, która w rezultacie dała obecnie istniejącą ustawę dentystyczną i jej fatalne skutki. Przypomnę także Sz. autorowi przypadek, opisany w Z. R., gdzie na jednej z klinik niemieckich, oddając „naprawkę" jakiemuś pacjentowi, oddano mu cudzą protezę, również będącą w naprawie. Kiedy spostrzeżono pomyłkę i zwrócono się do pacjenta z żądaniem zwrotu nie jego protezy, ten bronił się przed zwrotem, twierdząc, iż siedzi

mu znacznie lepiej, jak dawna, jego własna. Tak więc opinja pacjentów jest w tym przypadku najmniej może miarodajnym dowodem.

Temsamem też, nie przekonany dotychczas przez Sz. autora, podtrzymuję swoje twierdzenie, iż „jednostronny brak trzonowców w szczęce"—nietylko nie „można uzupełnić jedynie dostawką ruchomą", ale tak robić nie powinno się, *a nawet nie wolno*, jeżeli nie chcemy spowodować w krótkim czasie utraty dalszych zębów, użytych na filary.

Z ZAKŁADU ANTROPOLOGJI INSTYTUTU NAUK ANTROPOLOGICZNYCH TOWARZYSTWA NAUKOWEGO WARSZAWSKIEGO. Kierownik Dr. Kazimierz Stołyhwo.

Dr. KAZIMIERZ STOŁYHWO,

Profesor Wolnej Wszechnicy Polskiej w Warszawie, Docent Wydziału Filozoficznego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie i Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego.

Zagadnienie typów konstytucyjnych.

57.
611

V. Czy można indentyfikować typy konstytucyjne zmienne z typami rasowemi.

Aczkolwiek różne kategorje typów konstytucyj zmiennych służyć mogą do charakteryzowania pewnych grup ludzkich — z punktu widzenia ich właściwości morfologicznych i funkcjonalnych, to jednak płonne są usiłowania niektórych antropologów sprowadzenia tych typów konstytucyjnych do typów antropologicznych rasowych.

Czekanowski np. pisze (1925, str. 149), że typy konstytucyjne są „odbiciem zróżniczkowania rasowego ludności, skomplikowanego oddziaływaniem środowiska i już aktywnych procesów patologicznych".

Zdaniem mojem, należałoby raczej powiedzieć wręcz odwrotnie, iż typy rasowe są odbiciem do pew-

nego stopnia zróżniczkowania funkcjonalnego konstytucyj pierwotnych, utrwalonego drogą dziedziczności w ciągu szeregu pokoleń i skomplikowanego odmiennością podłoża rasowego i odmiennych warunków różnych środowisk geograficznych.

Powyższe twierdzenie moje jest w najzupełniejszej zgodzie z powszechnie uznanym faktem, że zróżniczkowanie rasowe ludności nie ogranicza się bynajmniej do zakresu morfologji, fizjologji i psychologji, lecz sięga również i do dziedziny patologji.

Wyprowadzić z tego jednak możemy tylko wniosek, że zapewne i różne choroby, grasujące w określonych zonach geograficznych, nie pozostały bez wpływu na wytworzenie się pewnych typów rasowych, a przynajmniej wpłynęły być może na większą częstotliwość pewnych konstytucyj zmiennych w obrębie pewnych typów rasowych. Tak np. być może stosunkowo częste występowanie habitus asthenicus (leptosomia) wśród H nordicus znajduje się w jakimś pośrednim związku z gruźlicą, grasującą na północy Europy.

W każdym jedak razie nie mogę uznać za słuszne twierdzenie Czekanowskiego (1925, str. 149), „...że ogół chorych, zapadających na pewną chorobę, przesuwa się w kierunku cech tego składnika rasowego, który na daną chorobę jest mniej odporny".

Konsekwentnie bowiem rozumując dalej w myśl zdania powyższego, należałoby przypuszczać, że Murzyni albo Japończycy— zachorowując na gruźlicę, zaczynają przesuwać się w kierunku cech H. nordicus, który zdaniem Czekanowskiego oznacza się silną predyspozycją do gruźlicy.

Gdybyśmy nawet przyjęli za bezwzględnie dowiedzione, że północno-europejscy długogłowcy mają skłonność najsilniejszą do zapadania na gruźlicę, to jednak nie możemy się zgodzić na twierdzenie Czekanowskiego (1925, str. 149), że „...ogół gruźlików różni się od ogółu ludności swem przesunięciem w kierunku północno-europejskiego długogłowca". Możemy w tej sprawie jedynie powiedzieć, że ogół gruźlików pozyskuje habitus phthisicus, bez względu na swą przynależność rasową.

Czekanowski (1925, str. 149) wypowiada nawet zdanie, że „...poprawne ustalenie typu konstytucjonalnego gruźlika byłoby zatem, wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, rekonstruowaniem typu północno europejskiego długogłowca na pod-

stawie materjału chorego, a więc z większym lub mniejszym dodatkiem zmian, spowodowanych już posuniętym procesem chorobowym".

Z powyższego wynika, że Czekanowski niemal utożsamia habitus phthisicus z typem H. nordicus, co doprowadziłoby nas konsekwentnie do przekonania, że H. nordicus jest typem patologicznym, a nie rasowym.

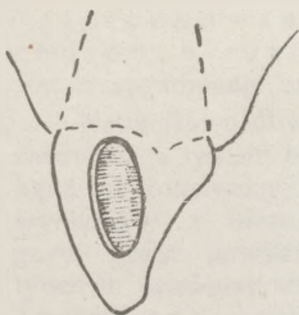
Czyżby Wikingowie, reprezentujący Homo nordicus, byli roznosicielami gruźlicy po świecie?

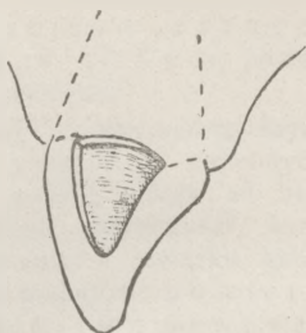
Trudno się zgodzić na powyższe poglądy Czekanowskiego, jeżeli zdamy sobie sprawę z tego, że pojęcie typu rasowego i pojęcie typu patologicznego — to są dwa zupełnie odrębne pojęcia, które o tyle tylko mają z sobą związek, że pewne zniekształcenia chorobowe organizmu mogą wykazywać do pewnego stopnia zbieżność (konwergencję) z pewnemi cechami rasowemi.

Zresztą i ta zbieżność cech pewnych u H. nordicus (bynajmniej jednak nie wszystkich) z cechami właściwemi dla habitus phthisicus—jest wielce problematyczna. Mam bowiem poważne wątpliwości, czy można identyfikować bladą anemiczną skórę gruźlika — z biało-różową skórą u H. nordicus, jak również wątłą i zwiotczałą budowę gruźlika — ze smukłą budową u H. nordicus, dla którego jest charakterystyczną dolichomorfja. Dolichomorfja ta przecież nie wyłącza bynajmniej występowania wśród H. nordicus typów, należących do kategorji: atleticus lub muscularis.

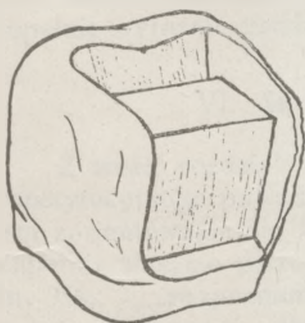
Dolichomorfja proporcyj ciała bynajmniej nie posiada bowiem związku bezpośredniego z gruźlicą i nie jest jej pochodną. Słusznie twierdzi w tej sprawie Bunak (1924, str. 77), że nie możemy uważać dolichomorfję za funkcję gruźlicy, za jej symptom, gdyż jest to stygmat zupełnie niezależny. Przecież dolichomorfja jest cechą charakterystyczną dla całego szeregu ras i typów antropologicznych — najzupełniej normalnych.

Na podstawie powyższego wydaje mi się być niewątpliwem, że próby różnych autorów sprowadzenia względnie identyfikowania pewnych typów rasowych z pewnemi typami normalnych konstytucyj zmiennych, bądź też konstytucyj patologicznych, nie mają widoków powodzenia. Nawiązania te ograniczyć się muszą do stwierdzenia predyspozycji pewnych typów rasowych do


I.


I-a.


I-b.


II.


II-a.

DO PRACY D-RA MED. H. BERGERA
„PREPAROWANIE UBYTKÓW“ PRZEGL. DENT. № 4. r. 1928.

pewnych chorób oraz do poznania procesu różniczkowania się przebiegu różnych chorób u różnych ras ludzkich. I w tej postaci jest to zagadnienie bardzo ciekawe i obszerne.

Natomiast próby identyfikowania typów antropologicznych rasowych z typami bądź normalnych konstytucyj zmiennych, bądź też konstytucyj patologicznych, uważać należy za błąd wynikający z nierozróżniania zasadniczej odrębności kategoryj pojęć powyższych i wnioskowania o związku genetycznym pomiędzy temi kategorjami na podstawie powierzchownego jedynie podobieństwa pewnych cech u tych typów.

Na podstawie faktów, rozpatrzonych powyżej, możemy więc twierdzić, że konstytucje zmienne nie pokrywają się zupełnie z pojęciem elementów rasowych. Są to raczej tylko warjanty funkcjonalne w obrębie poszczególnych ras i typów antropologicznych.

Przypuszczać jednak można, że występowanie tych warjantów funkcjonalnych w obrębie poszczególnych ras i typów antropologicznych—współdziała do pewnego stopnia procesowi różniczkowania się tych ostatnich. Z tego właśnie powodu konstytucje zmienne są bardzo ważne i ciekawe, nietylko dla medyków, ale i dla antropologów. Nie bez słuszności przypuszcza też Bunak, że konstytucje funkcjonalne, t. j. zmienne, mogą być zawiązkowemi typami rasowemi. Wszakże w chwili obecnej nie mogą być one uważane za elementy rasowe — już zupełnie wyraźnie ustalone.

VI. **Co to jest typ konstytucyjny?**

Z treści rózdziałów poprzednich wynika, że pojęcie typu konstytucyjnego posiada chararakter bardzo różnorodny, a zatem zorjentowanie się w tej sprawie nie jest zadaniem łatwem. Zupełnie słusznie pisze w tej sprawie prof. Adametz (1925, str. 358): „...rozpoznanie w każdym poszczególnym przypadku rodzaju konstytucji, jako całości, w prosty sposób — zapomocą jakiejś jednakowej metody, jakiegoś ogólnego miernika— jest niemożliwe nawet w przybliżeniu. Konstytucję można porównać z dużą mozajką, składającą się z licznych kamyczków, które różnią się między sobą wybitnie pod względem kształtu i właściwości wewnętrznych (materjału), dlatego też opierają się niejednakowo długo szkodliwemu działaniu czasu“.

Jest zupełnie zrozumiałem, że w organizmie ludzkim stosunki te muszą być jeszcze bardziej zawiłe i skomplikowane, na skutek wpływu nietylko środowiska zewnętrznego oraz oddziaływania wzajemnego na siebie poszczególnych narządów i tkanek, a szczególniej potężnego oddziaływania gruczołów dokrewnych, lecz również ze względu na różnorodność i złożoność podłoża rasowego, na tle którego powstaje dany organizm. Różnorodność podłoża rasowego poszczególnych indywiduów powodować bowiem może zupełnie odmienną reakcję organizmu na pewne podniety, a tem samem wywoływać może powstanie odrębnych typów konstytucyjnych.

Każda konstytucja więc musi być wypadkową znacznej ilości różnorodnych czynników składowych zewnętrznych i wewnętrznych. Złożone współdziałanie tych wszystkich czynników wytwarza pewien zespół konstytucyjny złożony, będący jakby kombinacją szeregu odrębnych typów konstytucyjnych, z których jeden zyskuje przewagę nad innemi i nadaje organizmowi charakterystyczne piętno i odpowiednie ukształtowanie.

Aczkolwiek zdaję sobie sprawę z wielkiej złożoności zagadnienia typów konstytucyjnych, pragnę jednak pokusić się o zanalizowanie charakteru poszczególnych typów konstytucyjnych i stosunków wzajemnych pomiędzy niemi — w celu przeprowadzenia racjonalnej ich klasyfikacji.

VII. Co to jest konstytucja normalna i anormalna?

Analizując różne kombinacje cech, składających się na definicję poszczególnych t. zw. „konstytucyj", rozróżniamy przedewszystkiem takie kombinacje, które są zespołem cech normalnych, t. j. takich, które występują u osobników zdrowych różnych ras ludzkich. Konstytucje powyższe nazwać możemy konstytucjami normalnemi.

Kategorji tej przeciwstawiamy pojęcie „konstytucyji anormalnych", t.j. takich, które wykazują mniej lub więcej silne odchylenia od normy, bądź pod wpływem różnych czynników patologicznych, powodujących różne objawy i zniekształcenia chorobowe, bądź też pod wpływem działania czynników teratologicznych, powodujących różne odchylenia od normy, niezwiązane jednak bynajmniej z jakąkolwiek chorobą.

Rozgraniczenie ścisłe konstytucyj normalnych i anormalnych jest sprawą bardzo trudną, gdyż granica pomiędzy niemi jest

w pewnych przypadkach najzupełniej konwencjonalna. Tak np. zmiany powstające w organizmie na skutek działania syndromu gruczołów dokrewnych, mają bardzo szeroką skalę, t. j. w jednych przypadkach są one słabe i nie zawadzają zupełnie normalnemu funkcjonowaniu organizmu, a zatem uważać je możemy za normalne warjanty konstytucji organizmu ludzkiego.

W innych zaś przypadkach pod wpływem czynników powyższych powstają tak silne odchylenia od normy, że zaliczyć je bez kwestji należy do kategorji objawów anormalnych, gdyż nieraz uniemożliwiają one wprost istnienie danego organizmu.

W przypadkach zaś pośredniego osłabienia lub też wzmożenia działalności gruczołów dokrewnych zmiany ukształtowania danego osobnika znajdują się nieraz na pograniczu pomiędzy objawami normalnemi i anormalnemi. Np. wśród rasy wysokorosłej występują niekiedy objawy skarlenia niektórych indywiduów[1]), które nie zawsze tłumaczyć należy domieszką podłoża pigmoidalnego, gdyż objaw ten może również powstawać indywidualnie—pod wpływem bądź hypofunkcji gruczołu tarczowego lub też pod wpływem niedomagania funkcji przedniego płatu przysadki mózgowej, albo też wreszcie pod wpływem nawet zabiedzenia organizmu.

Jeżeli skarlenie tego rodzaju nie przekracza ram rozpiętości wzrostu, istniejącej wśród danej populacji, to nie mamy wówczas żadnych podstaw do twierdzenia, że jest to objaw nienormalny. Nie jest oczywiście wykluczoną możliwość utrwalenia się z biegiem czasu tego rodzaju odchylenia — nabytego przez pewne indywidua pod wpływem gruczołów dokrewnych. Niektórzy autorzy przypisują przecież nawet wpływowi gruczołów dokrewnych powstanie pewnych typów rasowych ludzkich a prof. Adametz (1925) udowodnił to odnośnie do t. zw. brachycephalicznych ras bydła i pewnych ras psów i świń.

W przypadkach jednak podanych powyżej skarlenie indywidualne, powstałe pod wpływem gruczołów dokrewnych lub też pod wpływem zabiedzenia organizmu—nie przedstawia objawu utrwalonego, a przeto możemy śmiało zaliczyć objaw taki do kategorji normalnej konstytucji zmiennej morfologicznej.

Również cykl objawów, zwanych achondroplazją, które są spowodowane niedomaganiem funkcji przysadki mózgowej, zaliczyć możemy do tej samej kategorji — o ile nie wykraczają

[1]) Możemy tu np. zacytować opisane przez Hansen'a (1924) skarlenie Homo nordicus na Grenlandji.

one poza ramy rozpiętości ukształtowań tego rodzaju, zaobserwowanych wśród danej populacji.

Według prof. A d a m e t z a (1925, str. 357) powstanie brachycephalji u niektórych zwierząt zawdzięczamy właśnie achondroplazji. Wzmożona natomiast produkcja hormonu przysadki mózgowej wywołuje olbrzymiość(megalotyzm), względnie— jeżeli działanie jej zaczyna się u osobników już dorosłych — akromegalją (nadmierny rozrost kości twarzy i kończyn). Objawy megalotyzmu, nie przekraczające ram rozpiętości wzrostu wśród danej populacji—mogą być również zaliczone do kategorji normalnej konstytucji zmiennej morfologicznej. Są to jednak zagadnienia sporne i nic też dziwnego, że w tym zakresie możemy zaobserwować nieraz nadzwyczajne pomieszania pojęć, albo też nawet poglądy wprost błędne i nieumotywowane należycie, jak np. pogląd S t o c k a r d'a (1923), który przeprowadził porównanie pomiędzy typem rasowym Pigmejów afrykańskich a typem kretyna—na podstawie nawiązania różnych cech charakterystycznych dla Pigmejów afrykańskich—w zakresie szkieletu głowy i miękkich części twarzy i t. p. — z niedostateczną funkcją (hypofunkcją) gruczołu tarczowego. Porównanie to jest niewątpliwie zbyt śmiałem.

W zakresie bowiem cech charakterystycznych dla kretynów i Pigmejów afrykańskich, jeżeli zachodzi nawet pewne podobieństwo niektórych cech morfologicznych, to jednak jest to podobieństwo najzupełniej powierzchowne i nie upoważnia nas ono do utożsamiania tych dwóch typów, gdyż ich cechy morfologiczne nie są jednoznaczne co do swego charakteru. Właściwości somatyczne Pigmejów afrykańskich coprawda być może nawet i były związane w odległej przeszłości z hypofunkcją gruczołu tarczowego, lecz cechy te są już obecnie do pewnego stopnia niezależne od czynników funkcjonalnych, występują w różnych stopniach i kombinacjach i nie p o s i a d a j ą p r z y t e m z u p e ł n i e c h a r a k t e r u p a t o l o g i c z n e g o. Badania zresztą nad systematyką ras ludzkich wykazują, że poszczególne cechy, podobne do tych, które występują u Pigmejów, spotykamy u różnych plemion—zupełnie niezależnie od objawów hypofunkcji gruczołu tarczowego.

Co się tyczy niewłaściwego porównania przez S t o c k a r d'a Pigmejów z kretynami dodać jeszcze należy, że właściwości morfologiczne kretynów, zdaniem B u n a k a, występują, jako nierozerwalna całość, jako wyraz pewnego podłoża fizjologicznego, który tak dalece odchyla się od normy, że burzy normalny rozwój organizmu i modyfikuje nawet cechy morfologiczne niezależne. Być może, że i w danym przypadku

gra również pewną rolę korelacja endogenna, lecz w każdym razie nie główną i wogóle tak ostre zaburzenie działalności życiowej, jakie występuje u kretynów, uważać musimy za objaw wyjątkowy—anormalny.

Przykład powyższy wykazuje, że odróżnienie kształtów normalnych od anormalnych jest sprawą trudną i skomplikowaną, gdyż w grę wchodzi nietylko nieuchwytne dotychczas pojęcie „normy", ale wchodzą tu również pojęcia patologji i teratologji, które to pojęcia, niestety, zazwyczaj bywają nierozróżniane w sposób odpowiedni.

Aby przeprowadzić rozgraniczenie pomiędzy kształtami normalnemi a anormalnemi, należy przedewszystkiem uświadomić sobie co rozumiemy pod słowem „norma". Niestety, dotychczas pojęcie to nie jest sprecyzowane w sposób należyty.

Możemy mianowicie postawić pytanie: czy norma jest to objaw przeciętny?

Na pytanie to nasuwa się odpowiedź, że objaw przeciętny jest pojęciem najzupełniej sztucznem, gdyż w znaczeniu antropologicznem człowiek przeciętny nie istnieje.

W istocie rzeczy bowiem mamy do czynienia zawsze z całym szeregiem typów antropologicznych, które odchylają lub też zbliżają się wzajemnie mniej lub więcej silnie. *Cechy charakterystyczne, a więc normalne dla pewnych typów, bardzo często przytem przypadają nie w pobliżu średniej skali wahań pewnej cechy, lecz przeciwnie, nawet na krańcach tej skali.*

Najlepszym przykładem w tym względzie jest szereg cech charakterystycznych dla rasy neandertalskiej, których wartości znajdują się, bądź na samym krańcu skali wahań pewnych cech u H. sapiens, bądź też nawet wykraczają poza rozpiętość tej skali.

Czy z tego jednak możemy wyprowadzić wniosek, że rasa neandertalska jest anormalną?

Z powyższego widzimy więc, że pomiędzy poszczególnemi typami antropologicznemi występują czasem tak poważne różnice że to, co jest normalne dla jednego typu, dla drugiego jest objawem anormalnym. Z punktu więc widzenia antropologa *musimy negować istnienie* budowy przeciętnej człowieka, gdyż *może być tylko mowa o normach budowy, charakterystycznych dla poszczególnych typów antropologicznych.* Wiemy jednak, że u każdej rasy i każdego typu antropologicznego cechy poszczególne posiadają większą lub mniejszą rozpiętość skali wahań, a zatem

przy określaniu normy budowy pewnej rasy lub typu antropologicznego, uwzględnić musimy nie tyle średnią właściwej dla nich skali wahań poszczególnych cech, lub też te wielkości, które występują najczęściej, lecz ramy rozpiętości poszczególnych cech, w obrębie których waha się budowa danej jednostki taksonomicznej. Te właśnie ramy rozpiętości poszczególnych cech nazwać można normą pewnej rasy lub typu antropologicznego.

Uwzględniając powiedziane powyżej, dochodzimy do przekonania, że jedynem właściwem kryterjum, na którem możemy się oprzeć przy odróżnianiu kształtów normalnych od anormalnych—jest kryterjum norm rasowych.

Stosując to kryterjum, możemy powiedzieć, że jeżeli zmiany, powstałe u pewnego indywiduum pod wpływem najrozmaitszych czynników nie będą zbyt silne i mieścić się będą w ramach rozpiętości danych cech u odpowiednich normalnych typów rasowych, to możemy zaliczyć powstałe w ten sposób typy do kategorji konstytucyj normalnych.

Jeżeli zaś zmiany, powstałe u pewnego osobnika pod wpływem najrozmaitszych czynników, wykraczają poza ramy rozpiętości danych cech u odpowiednich normalnych typów rasowych, to tego rodzaju konstytucje zaliczamy do konstytucyj anormalnych.

Ponieważ konstytucje anormalne mogą być spowodowane, bądź przez czynniki patologiczne, bądź też teratologiczne, rozróżniamy przeto konstytucje patologiczne i teratologiczne.

Konstytucje patologiczne są wyrazem działania różnych chorób na organizm, t. j. wpływów środowiska zewnętrznego, na skutek czego powstają bądź zniekształcenia organizmu, bądź też zaburzenia normalnych jego czynności. Pewne zniekształcenia chorobowe posiadają charakter postaci specyficznych stygmatów, niezależnych w znacznej mierze od wpływu typów rasowych i typów konstytucyjnych zmiennych na tle których one występują. Takim jest np. habitus phthisicus, posiadający charakter niezmiernie swoisty i stały. W danym przypadku konstytucja organizmu chorego jest jakgdyby silnie impregnowaną stygmatem danej choroby, która wyciska na niej wyraźne swoiste piętno. Tego rodzaju stygmaty, zdaniem Bunaka, odpowiadają mniej więcej kategorji cech morfologicznych—niezależnych od czynników funkcjonalnych.

Natomiast inne objawy chorobowe są zależne w mniej lub więcej silnym stopniu od różnic, występujących u poszczególnych typów rasowych i normalnych typów konstytucyjnych zmiennych.

Zacytować np. możemy fakt, że syfilis u murzyna występuje w innej postaci, aniżeli u europejczyka i nosi nazwę specjalną pianu (*framboesia*). Ta choroba przeto jest podporządkowaną różnicom rasowym do pewnego stopnia. Wiemy również, iż takie typy konstytucyjne zmienne, jak respiratorius, digestivus i cerebralis nie w jednakowy sposób reagują na poszczególne choroby i niejednakowy mają ich przebieg.

Przejdziemy teraz do rozpatrzenia kategorji konstytucyj teratologicznych. Są to również konstytucje anormalne—niezwiązane jednak z objawami chorobowemi, a będące wyrazem krańcowego odchylenia się od normy—pod wpływem działania pewnych czynników fizycznych, działających na organizm podczas życia jego embrjonalnego i płodowego. Powstające na skutek tego zaburzenia rozwojowe powodują nieraz bardzo daleko idące zmiany w organizmie, które ujmujemy pod nazwą objawów teratologicznych.

Podobnie jednak, jak niezmiernie trudnem jest nieraz rozgraniczenie ścisłe objawów normalnych od anormalnych, tak też i rozróżnianie objawów patologicznych i teratologicznych nie zawsze da się w sposób wyraźny przeprowadzić.

Niektóre objawy zaburzeń rozwojowych, jak np. anencephalia, acardia, xiphopagia, pygopagia, phocomelia, zajęcza warga, występowanie 6-ego palca i t. p. nie nasuwają żadnych wątpliwości co do zaliczenia ich do kategorji objawów terato logicznych.

Wszystkie powyższe konstytucje teratologiczne posiadają zupełnie ustalony charakter morfologiczny z chwilą ich przyjścia na świat i niektóre z nich, jak np. 6-ty palec, wykazują nawet tendencję do dziedziczenia się w szeregu pokoleń. Znamy jednak i takie objawy anormalne, które są również wyrazem silnych zaburzeń rozwojowych organizmu oraz nieodpowiedniej na skutek tego działalności gruczołów wydzielania wewnętrznego, ale w chwili urodzenia danego organizmu tego rodzaju objawy anormalne nie występują bynajmniej w postaci, ustalonej definitywnie, lecz osiągają ten stan dopiero u organizmu dorosłego, albo też wręcz przeciwnie—dany objaw anormalny ulega z wiekiem pewnemu zatarciu i osłabieniu w związku z ogólnym rozwojem organizmu.

W związku z powyższem, tego rodzaju objawy anormalne wykazują bardzo szeroką skalę wahań co do charakteru i stopnia danego objawu anormalności.

Np. hypoplazja, infantylizm, pseudohermafrodytyzm i t. p. mogą występować w bardzo różnorodnej postaci oraz w ciągu życia danego indywiduum mogą zachodzić poważne różnice w stopniu rozwoju tych nienormalności.

Jeżeli postawimy pytanie: czy objawy powyższe uważać należy za objawy teratologiczne, czy też patologiczne, nie zawsze otrzymamy jednakową odpowiedź.

Zdaje się jednak, iż przechylić się raczej należy do uznania powyższych objawów za objawy teratologiczne, ponieważ są one wyrazem zaburzeń rozwojowych jeszcze z okresu płodowego i nie wykazują związku wyraźnego z jakiemikolwiek objawami chorobowemi.

Znamy jednak jeszcze bardziej sporne objawy, jak np. kretynizm i akromegalja, które uważane są pospolicie za objawy patologiczne, nie wiem jednak czy słusznie, gdyż rozważać je można również i z tego punktu widzenia, że są one wyrazem zaburzeń w zakresie gruczołów dokrewnych, które mają swe źródło w zaburzeniach kongenitalnych, powstałych podczas życia embrjonalnego i płodowego danego organizmu.

Orjentacja w tego rodzaju w sprawach jest szczególnie trudna z tego powodu, iż objawom powyższym towarzyszą nieraz różne objawy istotnie chorobowe oraz, że pewne choroby wywoływać mogą objawy, zbliżone do pewnego stopnia do powyższych objawów anormalnych. Brak nam, niestety, odpowiedniego kryterjum do przeprowadzenia rozdziału wyraźnego pomiędzy tego rodzaju objawami patologicznemi i teratologicznemi, gdyż oparcie się na tej podstawie, że objawami teratologicznemi są tylko objawy przyrodzone, które powstają w ciągu życia embrjonalnego i płodowego, nie zawsze pozwala nam na rozgraniczenie powyższych kategoryj, jak to widzimy z przykładów, przytoczonych powyżej.

Konstytucje anormalne, patologiczne, jak i teratologiczne rozpatrywać możemy zarówno z punktu widzenia morfologji, jak i funkcji organizmu.

Tak np. do konstytucyj anormalnych funkcjonalnych zaliczyć możemy chorobowe zmiany temperamentów, które wyrażają się w różnych odmianach chorób umysłowych. Choroby te wykazują określoną zależność od podłoża rasowego a nawet od typów konstytucyjnych zmiennych tego rodzaju, jak asthenicus i picnicus (K r e t s c h m e r). Objawy powyższe zaliczyć możemy do kategorji konstytucyj patologicznych funkcjonalnych.

Znamy jednak objawy tego rodzaju, jak np. moral insanity, homoseksualizm, sadyzm, nekrofilja i t. p., które trudno powiązać z objawami chorobowemi. Są to raczej zboczenia funkcjonalne przyrodzone, a przeto odpowiadają one być może bardziej kategorji konstytucyj teratologicznych funkcjonalnych. Zagadnienia te wymagają jeszcze gruntownej analizy.

.VIII Próba klasyfikacji typów konstytucyjnych.

Przejdę obecnie do próby przedstawienia stosunków wzajemnych pomiędzy poszczególnemi kategorjami typów konstytucyjnych.

Na podstawie treści rozdziałów poprzednich dochodzimy do przekonania, że rozróżniać należy przedewszystkiem konstytucje ustalone i konstytucje zmienne. Konstytucje ustalone, które są uniezależnione w znacznej mierze od wpływów środowiska zewnętrznego i różnych czynników funkcjonalnych, odpowiadają pojęciu typów antropologicznych, typów rasowych. Natomiast konstytucje zmienne, będące produktem oddziaływań na organizm wpływów środowiska zewnętrznego i różnych czynników funkcjonalnych, odpowiadają najzupełniej pojęciu typów konstytucyjnych.

Te właśnie konstytucje zmienne możemy podzielić przedewszystkiem na typy konstytucyjne normalne i anormalne, z których ostatnie podzielić należy jeszcze na typy patologiczne i teratologiczne.

Wreszcie, ponieważ każdy typ konstytucyjny ujawniać się może zarówno w postaci objawów morfologicznych, jak też objawów funkcjonalnych, związanych z sobą nierozerwalnie — na skutek działania pewnych czynników fizjologicznych — rozróżniać przeto możemy w obrębie wszystkich kategoryj powyższych konstytucje morfologiczne i funkcjonalne.

Układ powyższy typów konstytucyjnych przedstawiony jest w tablicy II (str. 186).

Jest to oczywiście tylko szkielet układu typów konstytucyjnych, obejmujący jedynie grupy zasadnicze. Zadaniem jego jest zobrazowanie stosunków wzajemnych powyższych kategoryj typów konstytucyjnych, aby osiągnąć w ten sposób uporządkowanie dotychczasowych, chaotycznych, niestety, pojęć o typach konstytucyjnych.

Mam nadzieję, iż powyższa próba dania schematu klasyfikacji typów konstytucyjnych, ujętych z różnych punktów widzenia, przyczyni się do pogłębienia naszych wiadomości w tej

TYPI CONSTITUTIONALES Tab. II

<table>
<tr><td>Typy konstytucyjne ustalone
(Typi constitutionales stabiles)</td><td colspan="3">Typy konstytucyjne zmienne
(Typi constitutionales variabiles)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Typy rasowe
(Typi raciales)</td><td>Konstytucja normalna
(Constitutio normalis)</td><td colspan="2">Konstytucja anormalna
(Constitutio anormalis)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Konstytucja normalna funkcjonalna
(Constitutio normalis functionalis)
Konstytucja normalna morfologiczna
(Constitutio normalis morphologica)</td><td>Konstytucja teratologiczna
(Constitutio teratologica)</td><td>Konstytucja patologiczna
(Constitutio pathologica)</td></tr>
<tr><td>Konst. teratologiczna funkcjonalna
(Constitutio teratolog. functionalis)
Konst. teratolog. morfologiczna
(Constitutio teratolog. morphologica)</td><td>Konst. patologiczna funkcjonalna
(Constitutio patholog. functionalis)
Konst. patologiczna morfologiczna
(Constitutio patholog. morphologica)</td></tr>
</table>

sprawie i do wyjaśnienia stosunków wzajemnych pomiędzy poszczególnemi kategorjami typów konstytucyjnych.

(*Z Zakładu Antropologji Inst. Nauk. Antrop. Tow. Nauk. Warsz.*)

R é s u m é.

LE PROBLEME DES TYPES CONSTITUTIONNELS.

L'auteur examine les essais de jusqu à — présent tendant à differencier les tèpes constitutionnels et prend en considération les problèmes suivants:

a) La coïncidence des divers types constitutionnels.

b) La variabilité des types constitutionnels.

c) Peut-on identifier les types constitutionnels avec les types racials?

d) Qu'est — ce que c'est un type constitutionnel?

e) Qu'est — ce que c'est la constitution normale et anormale?

A la fin l'auteur propose son propre essai de classification des types constitutionnels.

PIŚMIENNICTWO.

1925 — Leopold Adametz — Hodowla ogólna zwierząt domowych. (Polska Akademja Umiejętności) Kraków.

1917 — Bauer — Die Konstitutionelle Disposition zur inneren Krankheiten. (cyt. wedł. Bunaka).

1878 — Benecke — Die anatomischen Grundlagen der Constitutionsanomalien (cyt. wedł. Bunaka)

1923 — Bogdanow — Tipy słożenija s. ch. żiwotnych i czełowieka (cyt. wedł. Bunaka).

1913 — Bryant The—carnivorous and herbivorous types in man (Boston, Medical and Surgical Journal) cyt. wedł. Bunąka.

1924 — W. W. Bunak — Nieskolko dannych k woprosu o tipicznych konstitucijach czełowieka (Russkij Antropołogiczeskij Żurnał) Moskwa.

1925 — Jan Czekanowski — Nauki autropologiczne (Nauka polska jej potrzeby, organizacja i rozwój —V— Rocznik Kasy im. Mianowskiego).

1909 — Giovanni — Clinical commentaries deduced from the morphology of human body (cyt. wedł. Bunaka).

1924 — Hansen C. C. — Anthropologia medico-historice Groenlandiae antiquae I Herjolfsnes. (Meddelelsen on Grönlana B. LXVII Köbenhavn.

1922 — Keith — The evolution of human races in thd light of the hormone theory (John Hopkins Hospital—Bullet 33) cyt. wedł. Bunaka.

1925 — Ernst Kretschmer — Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutions Problem und zur Lehre von den Temperamenten. Berlin.

1927 Léon Mac Auliffe — Les temperaments. Paris.

1914 — Martius — Konstitution und Vererbung in ihren Beziehungen zur Pathologie. (cyt. wedł. Bunaka).

1914 — Sigaud — La forme humaine (cyt. wedł. Bunaka).

1923 — Stockard — Human types and Growth reactions (The American Journal of Anatomy V 31) cyt. wedł. Bunaka.

1924 — K. Stołyhwo — Analiza typów antropologicznych (Światowit T. XII.) Warszawa.

1927 — Weidenreich F. — Rasse und Körperbau. Berlin.

1904 — Virenius — Charaktieristika uczaszczehosia. Tiełosłożenije, tiemperament, charaktier. S. Petersburg (cyt. wedł. Bunaka).

S. ROSNER

Znaczenie fosforu w dentystyce.

Dentyście bardzo często wypada leczyć zęby dzieci rachitycznych, a także udzielać porad w celu poprawy stanu uzębienia.

Krzywica u dzieci przeważnie występuje z powodu niedostatecznego przyswajania wapnia i fosforu z pożywienia, a główną cechą tej choroby jest niedostateczny rozwój kośćca i zębów.

Wiadomo, że przez należyte odżywianie fosforem nietylko można zapobiegać zwyrodnieniom kości, lecz i je zwalczać. Dość obszerna literatura o alimentacji fosforowej i jej znaczeniu w dentystyce porusza ciekawe zagadnienia o wpływie fizjologicznym na cały ustrój człowieka, dla zrozumienia czego wypada nieco dłużej zatrzymać się na poznaniu istoty fosforu w gospodarstwie ustroju ludzkiego.

Kościec, a także każdy narząd, tkanka, komórka zawiera fosfór.

Już noworodek przynosi z sobą około 40 gramów, a popiół dorosłego zawiera około 1.600 gramów bezwodnika kwasu fosforowego. Ilość ta stałym podlega wahaniom, a tak, jak dla podtrzymania egzystencji potrzebne jest odżywianie białkami, tłuszczami, węglowodanami i pierwiastkami mineralnemi, niezbędnemi dla podtrzymania energji cieplnej, a ciała te wskutek spalania ulegają rozkładowi i wydalane bywają, jako balast zbyteczny, jako materje zużyte, taksamo i fosfór wskutek spraw życiowych ulega asymilacji i dezasymilacji, a doprowadzony w związku organicznym po użyciu pozostaje wydzielany z moczem i kałem pod postacią nieorganicznych związków chemicznych.

„Bez fosforu niema życia, bez fosforu niema wzrostu", doskonale charakteryzuje znaczenie fosforu dla człowieka, zwierzęcia, a także i dla świata roślinnego. Jako integralny składnik ustroju ludzkiego, fosfór, ulegając zmianom przy procesach życiowych, temsamem musi być uzupełniany w ilościach dostatecznych, gdyż niedobory jego mszczą się dotkliwie na zdrowiu i samopoczuciu człowieka, będąc często przyczyną powstawania wielu chorób konstytucyjnych. Przeciwnie, dostateczne nagromadzenie fosforu na potrzeby ustroju stanowią o jego odporności przeciwko wpływom szkodliwym, a także

jest czynnikiem leczniczym przeciwko chorobom, powstałym na tle niedostateczności lub braku fosforu. Słusznem przeto będzie zastanowić się, jakiemi obecnie rozporządzamy środkami dla utrzymania równowagi w podaży i zużyciu fosforu odżywczego.

Fosforany mineralne, jako produkty martwe, zużyte i jak tego niezaprzeczalne dowiodły badania fizjologiczne, niezdolne są do przyswajania w ustroju ludzkim, a raz nawet, wchłonięte przez przewód pokarmowy w tym samym nieorganicznym stanie, wydalają się z moczem i kałem.

Sztucznie w kolbie chemika sporządzone fosforany organiczne, naprz. glycerofosforany, których identyczność z stanem, w jakim fosfór znajduje się w lecytynie jest problematyczną, raczej przyczyniają się do zwiększonego wydzielania fosforu i azotu, zamiast służyć do alimentacji fosforowej.

Naturalne organiczne związki fosforowe jedynie odpowiadają celowi. Z szeregu tych związków wymienić należy nukleiny i paranukleiny, zawarte w serowinie. Zawierają one zbyt mało fosforu, ażeby bez zbytniego obciążenia przewodu pokarmowego pracą zdolne były uzupełniać straty codzienne organizmu.

Kwas mięsnofosforowy w ustroju rozkłada się i powoduje nagromadzenie zasad purynowych, które są przyczyną nadmiernego powstawania kwasu moczowego, czyli przyczyną skazy moczanowej.

Lecytyny jaj, mózgu i t. d. w stanie chemicznie czystym zawierają zaledwie 3,8% fosforu, a homeopatyczne dawki, stosowane wskutek drożyzny tego przetworu, bynajmniej nie usprawiedliwiają swego przeznaczenia. Zważyć należy, że lecytyna, jako substancja mózgowa, odgrywa bardzo ważną rolę biologiczną. Wpływy farmakodynamiczne wielu leków (eter, kamfora, alkohol, narkotyki, leki usypiające i t. p.) odbywają się przy współudziale lecytyny. Sam proces myślenia zależnym jest od lecytyny, jako masy fosforowej, przyczem fosfór ten zużywa się w prostym stosunku do natężenia pracy umysłowej. „Bez fosforu niema myśli". Lecytyny czyste pochodzenia zwierzęcego, są substancją, obcą ustrojowi ludzkiemu, i w przewodzie trawienia ulegają zmniejszającym ich aktywność zmianom.

Do omówienia pozostają jeszcze organiczne związki fosforowe, zawarte w pożywieniu roślinnem, jako jedynie dostępne, jednak niezawsze w dostatecznym stopniu wyzyskiwane przez organizm i przeważnie niewystarczające do wyrównania przychodu z rozchodem fosforu, a to z powodu wyczerpania gleby, która obecnie nie daje tych mas odżywczych, jak to miało miejsce za czasów naszych przodków, dzięki zmienionym warunkom odżywinia i usuwaaniu z plewami istoty odżywczej

nasion zbożowych, a także i z powodu braku apetytu, kiedy organizm wogóle znajduje się w stanie niedostatecznego odżywiania, a także w przebiegu chorób zakaźnych, kiedy ustrój gorączkujący traci nadmierne ilości fosforu wskutek stale z niemi występującej fosfaturji.

W tych przypadkach nieodzownem jest podawanie fosforu roślinnego w stanie możliwie stężonym, a zupełnie przyswajalnym, a tym warunkom w zupełności odpowiada powszechnie od ćwierci wieku uznany przetwór fosforowy, „Phytina".

Jestto roślinny pierwiastek fosforowy, wydzielony z nasion, substancja rezerwowa dla rozwoju roślin. Zawarty jest w ziarnie zbożowem, nasionach oleistych, strączkowych, w bulwach, kłączach i t. d., zawsze i wszędzie pod postacią phytiny. Ponieważ człowiek odżywia się przeważnie roślinami, a spożywa wyłącznie mięso zwierząt trawożernych, otrzymujących swój fosfór z tych samych produktów roślinnych, przeto phytina jest tym pierwszym źródłem fosforu, które od początku egzystencji całego świata wyżej uorganizowanego służyła mu celowo i przez samą naturę została dobraną dla odżywiania fosforem.

Z punktu widzenia chemika phytina jest inozyt-sześciofosforanem wapniowo-magnezowym, *kwaśną* solą podwójną, zawierającą około 22% czystego fosforu (około 50% bezwodnika fosforowego).

Nerki, mięśnie, enzymy trawienia nie rozkładają phytiny, a rozpad jej odbywa się w krwi i wątrobie. Istnieje przeto przegroda w nerkach, zapobiegająca wydzielaniu niewyzyskanego fosforu phytiny i w samej rzeczy w moczu nigdy nie udawało się wykryć phytiny, a tylko wyłącznie nieorganiczne fosforany. Cała ilość fosforu idzie na pożytek ustrojowi, czyli przetwór ten zupełnie jest przyswajalny.

Dalsze badania phytiny dowiodły, że phytina w organizmie podlega pewnej metamorfozie — następuje jej animalizacja (raczej humanizacja) przyczem powstaje lecytyna. Znaleziono, że normalna dzienna dawka dorosłego, czyli 1 gram phytiny notorycznie produkuje około 6 gramów lecytyny naturalnej.

Dla dentystyki nadzwyczaj ważnem jest, że dzięki powinowactwu chemicznemu fosforu w stosunku do ziem alkalicznych, w warunkach dostatecznej podaży wapnia, przy podawaniu przyswajalnego fosforu roślinnego pod postacią phytiny następuje retencja wapnia, a zatem materjału, nieodzownie potrzebnego dla tworzenia substancji kostnej, względnie zębowej.

Fritz Müller [1]) pierwszy zwrócił uwagę na phytinę z poczynu Dra Röse'go w Dreznie, który zauważył, że dzieci, piersią karmione, rzadko wykazują objawy rachityzmu. W pracy swej wyczerpująco traktuje on własności phytiny i następnie przy-

tacza przykłady swoich 42 obserwacji, twierdząc, że niebieskawe zabarwienie o kruchem szkliwie zębów mlecznych, skłonnych do próchnienia pod wpływem phytiny, stało się zlekka żółtawem.

Prof. Jung[2]) opiera działanie phytiny na wpływie pobudzającym na nerwowe grupy komórkowe, przeznaczone do regulowania zwapniania zawiązków zębowych.

Dr. Ruttloff[3]) „Wyniki moje potwierdzają spostrzeżenia innych autorów. Phytina wpływa pobudzająco na nerwowe grupy komórkowe, powodujące zwapnianie zawiązków zębowych. Tą drogą jesteśmy w możności przyczyniać się do utworzenia normalnego uzębienia. Phytina dla dentysty jest cennym środkiem pomocniczym dla zapobiegania próchnicy.

P. H. Millas[4]) wskazuje na ubytek wapnia w tkance zębowej, będący objawem ogólnej demineralizacji organizmu.

Zęby przyjmują udział w wzajemnej wymianie substancj narządów. Każdemu dentyście znany jest stosunek pomiędzy stanem ogólnym i zębiną, w szczególności w ciąży i rekonwalescencji. Bacillus acidophylus odontolyticus łatwiej przenika przez miękkie szkliwo, aniżeli przez twarde, zawierające w stanie normalnym 90% fosforu.

Manoussakis podaje, że stan uzębienia pozwala wnioskować o ogólnych warunkach mineralizacji chorego, ponieważ sprawy chorobowe, idące w parze z odwapnianiem ustroju w pierwszym szeregu występują w zębinie. Twierdzi on stanowczo, że nieorganiczne fosforany się nie przyswajają, natomiast organiczne związki wapniowe, a w pierwszym szeregu phytina, jako *kwaśna* sól kwasu inozyt-sześciofosforowego, znakomicie przyczynia się do nagromadzenia w ustroju zarówno wapnia, jak i fosforu. Millas przytoczone wnioski streszcza w sposób następujący: „Z wielkiem zadowoleniem stwierdziliśmy, że krucha, zmienna tkanka zębowa pod wpływem leczenia phytiną zmieniała się na korzyść, stając się mocniejszą, silniejszą, odporniejszą. Szkliwo nabierało połysku, na co nam sami chorzy zwracali uwagą. Rozwój próchnicy się zmniejsza.

Stąd wynika ścisły związek, jaki zachodzi pomiędzy ogólnym stanem chorych, a uzębieniem, wypada przeto w zakończeniu wskazania phytiny podzielić na następujące grupy:

1) Zaburzenia w wymianie materji i stany, będące następstwem upośledzonego ogólnego odżywiania, a zatem: charłactwa, gruźlica, zołzy, niedokrwistość i t. d.

2) Niezrównoważenie bilansu wapna i fosforu wskutek chorób lub nadmiernego zapotrzebowania i niedostatecznej

podaży i przyswajania z pożywienia: wyzdrawianie, krzywica, zmięknienie kości, choroby gorączkowe, upośledzony rozwój fizyczny i duchowy, ciąża, karmienie piersią i t. d.

3) Nadmierne zapotrzebowanie fosforu: fosfaturja, niedomoga nerwowa i duchowa, histerja, nerwica, bezsenność nerwowa wskutek wyczerpania pracą umysłową lub fizyczną i t. d.

Działanie phytiny wybitnie przejawia się już w kilka dni po rozpoczęciu kuracji w pobudzeniu łaknienia, będcąem następstwem pobudzenia wymiany materji, a zatem spotęgowanym procesem wewnątrz komórkowej oksydacji. Zwiększanie się wagi, polepszanie stanu ogólnego samopoczucia, wzrost sił, dający się oznaczyć zapomocą siłomierza, oto są oznaki poprawy stanu chorych, obserwowane i jednocześnie stwierdzane przez autorów niezwykle obszernej literatury o phytinie.

Przykładem spotęgowanego synergetycznego działania służyć może Ferrophytina, jako neutralna sól żelazo-fosforowa, czyli phytinian żelaza, nierozpuszczalny w kwasach, a zatem i w soku żołądkowym. Ferrophytina nie niszczy zębów, a przechodząc w jelitach w stan koloidalny, temsamem znajduje się w najdogodniejszych warunkach dla wchłaniania i zupełnego przyswajania, względnie wyzyskania obu tych, tak ważnych czynników leczniczych: żelaza i fosforu.

Przetwór ten dotychczas jest jedynym lekiem, nie wyma gającym żadnych zastrzeżeń diety, co jest nadzwyczaj ważne, zwłaszcza w niedokrwistości, gdzie organizm osłabiony wymaga szybkiej poprawy stanu odżywiania. Zawdzięczając temu, ferrophytina zadziwiająco poprawia łaknienie, a w pewnych przypadkach pod tym względem przewyższa nawet bardziej w fosfor obfitującą phytinę.

Możliwości stosowania przetworów phytiny i ferrophytiny bynajmiej jeszcze nie są wyczerpane, a wyniki dotąd osiągane zachęcić winny do dalszych spostrzeżeń, gdyż phytina, zwłaszcza w dentystyce, będąc już cennym nabytkiem dla arsenału środków, jakiemi rozporządzamy, jest wdzięcznym przedmiotem dla dalszych badań i publikacji.

PIŚMIENNICTWO

1) **Fritz Müller** „Phytin in der Zahnheilkunde.“ Deutsche Monatsschr. für Zahnheilkunde. 1908. Nr. 10.
2) **Prof. Dr. Jung.** „Phytin in der zahnärztlichen Praxis.“ Deutsche zahnärztliche Zeitung 1910. Nr. 3.
3) **Dr. Ruttloff.** „Die therapeutische Bedeutung von Nähr-

präparaten bei der zahnärztlichen Fürsorge" Deutsche zahnärztliche Zeitung. 1911. Nr. 12.
4) P. H. Millas. „La calcification de l'organisme jugée par l'inspection dentaire". Le concours médical 1925. Nr. 9.

DZIAŁ STRESZCZEŃ.

Dr. J. Přibyl. Cementy w zębolecznictwie. (Cementy v zubnim lékarství). Z. L. 1927 č 5.

Wzgląd na szkodliwość t. zw. silikatów był dla autora pobudką do zajęcia się sprawą cementów. Cementy dentystyczne, których skład jest zupełnie inny, niż zwykłych technicznych, można podzielić na 5 grup. I. Zinkoxychloridy. II. Zinkoxysulfaty. II. Zinkoxyfosfaty. IV. Aluminiumfosfaty, silikaty i V. Cuprumoxyfosfaty, t.zw. cementy antyseptyczne. Najstarsze zinkoxychloridy (archit. franc. Sorel 1843), pomimo swego szkodliwego oddziaływania na miazgę, utrzymały się dłuższy czas z powodu braku innych.

Dopiero w latach 70-ych zjawił się cement fosfatowy (Rostainge'a), który, dzięki swej trwałości i nieszkodliwości, wkrótce opanował rynek. O zaletach tego cementu krążą wprost legendy, ponieważ naśladownictwa nie posiadają już cech pierwowzoru, choć wynalazca podał jego skład. Podstawą wszystkich cementów fosfatowych są kw. fosforowe; inne składniki, mające na celu nadać cementom odpowiedni wygląd, trwałość i t.p., bywają różne. Zinkoxysulfaty są to cementy nietrwałe, służące dla chwilowego zamknięcia ubytku lub dla izolacji. (Fletcher). T. zw. antyseptyczne cementy, rozpowszechnione głównie w Ameryce, zawierają dodatek miedzi lub srebra w rozmaitych postaciach. Przypisywanie tym cementom własności antyseptycznych oparte jest na niewłaściwych podstawach. Właściwie wszystkie cementy są antyseptyczne, jednak jako antyseptyk mogą działać tylko przed stężeniem lub wtedy, kiedy się rozpuszczają. Ponieważ zaś dążeniem naszem jest otrzymać cement trwały, niepodlegający łatwo rozpuszczaniu, więc nie możemy korzystać z jego własności antyseptycznych. W 1904 roku pojawił się w użyciu silikat (aluminiumfosfat) Asher'a, którego proszek zawiera dodatek kw. krzemowego. Początkowe porcje silikatu miały aż 3% arszeniku; jemu też przypisywano ujemne działanie na miazgę. Okazało się jednak,

że następne porcje, nie zawierające arszeniku, w dalszym ciągu niszczą miazgę. Za pomocą rozmaitych doświadczeń i statystycznie autor dowiódł, że wszystkie, istniejące w handlu silikaty, oddziaływują szkodliwie na miazgę. Nawet podłożenie pod silikat zwykłego cementu fosfatowego nie zabezpiecza zęba od zniszczenia miazgi. Zapewne pochodzi to stąd, że większość podkładek nie jest należycie wykonana, mianowicie izolowana jest tylko ściana osiowa (axialis) ,inne zaś pozostają niepokryte. Zmiany, jakim podlega ząb pod wpływem plomby silikatowej, są różne; poczynając od obumarcia miazgi do zapal. ozębnej z wszelkiemi następstwami. Autor jest zdania, że najwłaściwiej byłoby zabronić używania plomb silikatowych, jednak jest to dziś prawie niemożliwem do przeprowadzenia, ze względu na wymagania chorych i wobec braku innych materjałów, posiadających pożądane właściwości. Możemy jednak znacznie zmniejszyć procent złych skutków, jeżeli w zębach z żywą miazgą będziemy dawali podkład, dokładnie pokrywający wszystkie ściany ubytku, oraz nie będziemy używali silikatów w zębach młodych osobników, również z głęboką lub ostrą próchnicą.

Str. F. Meyer.

Dr. K. Chudoba. Przypadek śmierci po wyjęciu 3-go dolnego trzonowca. (Připad umrti po extrakci dolniho třetiho molaru) Zubni Lekařstvi 1926 č 8.

W literaturze spotykamy często opisy przypadków śmierci od 3-go dol. trzonowca, lecz podany przez autora swym przebiegiem różni się od innych.

20-letni chory zjawił się u lekarza ze skargami na ból w okolicy 8| i niemożność otwierania ust od 3 dni. Objektywnie znaleziono wszystkie objawy, jakie bywają przy wykłuwaniu się zęba mądrości. Pod chloraethylem usunięto ząb.

Korzenie były niezwykle długie i po wyjęciu nastąpiło b. silne krwawienie, dla zwalczenia którego trzeba było zastosować tamponowanie gazą jodoformową. Tamponowanie, wskutek powtarzającego się krwotoku, musiano kilkakrotnie poprawiać. Stan chorego po usunięciu zęba stopniowo pogarszał się: ciepłota wzrastała i rozwijało się ogólne osłabienie, sam chory skarżył się na trudność przy połykaniu. W4 dni po zabiegu zgłosił się do kliniki. Skonstatowano: ciepłotę 39°, puls 115, obrzmienie w okolicy prawego kąta żuchwy, z rany po wyjęciu tamponu wydzieliła się ropa. Pomimo oczyszczenia rany i zastosowania wszelkich możliwych środków ratunku, chory umarł przy objawach ogólnego zakażenia. Na sekcji stwier-

dzono: abscesus pulmon., pleuritis, pericordititis, haemorragie, nephritis, tumor lieni i in. Wniosek stąd, że usunięcie zęba było wskazane i wykonane prawidłowo. Trudno przekonać się, czy zakażenie było odrazu głębokie, czy też nastąpiło po wyjęciu.

Nauka, że, choć w danym przypadku może i tak nie uniknęłoby się tragicznego końca, jednak przy tego rodzaju krwawieniach po wyjęciu 3-go trzonowca, tam, gdzie jest stan zapalny lepiej unikać możliwie tamponowania, a raczej zastosować podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej.

Str. Dr. *Fr. Meyer.*

Dr. V. Karlik. Zapalenie kilakowe kości szczęki dolnej (Ostitis gummosa dolni čelisti) Zubní-Lekarstvi 1927 č. 3.

Na terenie kliniki dentystycznej najczęściej spotykamy się z przymiotem w postaci kilaka w formie rozlanej lub ograniczonej. Oprócz oddzielnych kilaków w mięśniach językowych lub żujących widzimy je częściej w szczęce górnej, niż w dolnej. Dlatego też opisany przypadek powinien nas zainteresować, tembardziej, że, wobec rzadkości, kilaki dolnej szczęki bywają niewątpliwie często nierozpoznawane.

Opisany przypadek dotyczy 39-letniego mężczyzny, który początkowo poczuł mrowienie w prawej połowie ust; później przyłączyły się do tego bóle, w prawej połowie twarzy. Zęby 3| i 2|, będące wrażliwe na dotyk, usunięto, pomimo to bóle zwiększyły się, a oprócz tego pojawił się obrzęk prawej połowy twarzy. Zastosowane zabiegi, jak otwarcie 4|, zatrucie 6|, usunięcie 8|, odcięcie wierzchołka 4|, nie dały pożądanego rezultatu. Wobec tego, chory zgłosił się do kliniki.

Stan obecny wykazał ogólne wycieńczenie, obrzęk prawej połowy twarzy bez chełbotania. W okolicy 3| i 4|, nieustanne pieczenie, zwiększające się przy dotyku.

Mały, a niezmniejszający się obrząk, brak rezultatu po tylu wykonanych zabiegach wskazywał, że niema sprawy periostalnej pochodzenia zębowego. Zmiana wrażliwości n. mental. i bóle rwące II i III gat. n. trójdzielnego wskazywały na zmiany n. alveol. inf. Rentg. wykazał: ognisko rezorbcyjne w odległości $1^1/_2$ cm. od kąta żuchwy wielkości orzecha włoskiego. Pośrodku ogniska martwak wielkości fasoli. Wobec obecności martwaka wyłączono nowotwór, również i gruźlicę, która zresztą rzadko spotyka się w tym wieku, i która miewa charakterystyczny zanik kości, rozszerzający się ekscentrycznie około nieprawidłowo ograniczonego ogniska; niema także powiększonych gruczołów chłonnych, co zawsze bywa przy gruźlicy.

Badanie skioskopowe wykazało strzępiaste koronkowe brzegi, właściwe dla zapalenia kości kilakowego.

Odczyn Wasserman, a dodatni.

Leczenie KJ. potwierdziło rozpoznanie. W 3 mies. restitutio ad integrum, jak wykazał następny rentgenogram.

Str. Fr. Meyer

Wertheim i Gombiński. Przypadek nowotworu szczęki. Kwartalnik Kliniczny szpitala starozakonnych, w W-wie. 1927 zeszyt III.

Na jednem z posiedzeń klinicznych w szpitalu starozakonnych demonstrowano chorego, któremu wycięto z powodu nowotworu (mięsak naczyniowaty-angiosarcoma) lewą górną szczękę. W dwa tygodnie po operacji przystąpiono do zrobienia protezy-obturatora.

W jamie ustnej, z powodu wycięcia szczęki górnej, nastąpiło upośledzenie czynności fizjologicznych mowy, żucia, oddechu i wydzielania. Defekty te, po założeniu obturatora wg. systemu prof. Srödera, zostały zupełnie usunięte.

Obturator dla zmniejszenia ciężaru był wewnątrz pusty. Podniebienie sztuczne posiadało po lewej policzkowej stronie łożysko dla mięśni policzka. Na 1| jedynym w szczęce, zrobiona była zaczepka, dzięki której dostawka-obturator trzymała się dosyć mocno.

Str. *Janusz Szajewski.*
lek.-dent.

XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie.

(Okólnik Nr. 2)

Od chwili wydania w kwietniu b. r. pierwszego okólnika w sprawie Zjazdu prace przygotowawcze Komitetu Organizacyjnego posunęły się następująco:

I. Termin Zjazdu ustalono na d. 26—29 września 1929 r.

II. Sekcje naukowe zorganizowały się w sposób następujący:

Sekcja Nr. 1 (Nauk matematycznych, fizycznych i astronomicznych). Przewodniczący: prof. dr. Wiktor Staniewicz, zastępcy przewodniczącego: prof. dr. Władysław Dziewulski i prof. dr. Wacław Dziewulski. Sekretarz. Prof. dr. Juljusz Rudnicki, zast. sekretarza: prof. dr. Stefan Kempisty.

Adres Biura Sekcji: Obserwatorjum Astronomiczne U.S.B. ul. Zakrętowa 15.

Sekcja Nr. 2. (Chemji). Przewodniczący: prof. Kazimierz Sławiński, zast. przew.: prof. dr. Edward Bekier, sekretarz Magister Osman Achmatowicz.

Biuro: Zakład Chemji Organicznej U. S. B. ul. Nowogrodzka 22.

Sekcja Nr. 3. (Geologji, geofizyki, geografji, mineralogji i poleontologji). Przewodniczący: prof. dr. Bronisław Rydzewski, sekretarz dr. Paweł Radziszewski.

Biuro: Zakład Geologji U. S. B. ul. Zakrętowa 15.

Sekcja Nr. 4. (Anatomji, zoologji, antropologji i biologji.). Przewodniczący: prof. dr. Jerzy Alexandrowicz, sekretarz prof dr. Jan Prüffer.

Biuro: ul. Zakrętowa 15.

Sekcja Nr. 5. (Botaniki). Przewodniczący: prof. dr. Józef Trzebiński, zastępca przewodniczącego: prof. dr. Piotr Wiszniewski, sekretarz Bronisław Szakien. Biuro: Zakład Botaniki rolniczej U. S. B. ul. Zakrętowa Nr. 1 (Collegium im. J. Piłsudskiego)

Sekcja Nr. 6. (Przyrodniczo-dydaktyczna). Przewodniczący dr. Zygmunt Federowicz (ul. Mała Pohulanka 11), zast. przew. dr. Aleksander Dmochowski, (ul. Mała Pohulanka 1), sekretarz Zygmunt Hryniewicz, nauczyciel gimn. ul. Dominikańska 3.

Sekcja Nr. 7. (Przyrodniczo-rolnicza). Przewodniczący; prof. dr. Stefan Bazarewski, sekretarz inż. Józef Szystowski. Biuro: Zakład uprawy roli i roślin U. S. B. ul. Zakrętowa 1.

Sekcja Nr. 8. (Anatomji patologicznej i medycyny sądowej). Przewodniczący: prof. dr. Kazimierz Opoczyński, zastępca prof. dr. Sergjusz Schilling-Siengalewicz, sekretarz dr. Zygmunt Jakubowski.

Biuro: Zakład Anatomji Patologicznej U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 9. (Bakterologji, hygjeny i medycyny społecznej). Przewodniczący: prof. dr. Kazimierz Karaffa-Korbutt, zastępcy prof. dr. T. Gryglewicz i dr. G. Sztolcman, sekretarz doc. dr. Safarewicz. Biuro: Zakład hygjeny U. S. B. Antokol, Szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 10 (Fizjologji, chemji fizjologicznej, patologji doświadczalnej i farmakologji). Przewodniczący: prof. dr. C. Traczewski, zastępca przewodniczącego prof. dr. M. Eiger sekretarz dr. M. Jagodowski. Biuro: zakład fizjologji U. S. B Zakretowa 15.

Sekcja Nr. 11 (Medycyny wewnętrznej). Przewodniczący prof. dr. Z. Orłowski, zast. przew dr. Leon Klott, sekretarze: dr. Kuncewiczówna i dr. Cynkutisówna. Biuro: I. Klinika chorób wewnętrznych U. S. B. — szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 12 (Chirurgji i radiologji). Przewodniczący prof. dr. K. Michejda, Biuro: Klinika chirurgiczna U. S. B. Antokol.

Nr. 13 (Otolaryngologji). Przewodniczący prof. dr. J. Szmurło, zastępca przewodniczącego dr. F. Świeżyński, sekretarze: dr. Tadeusz Wąsowski i dr. P. Rozwadowski. Biuro: Klinika uszna, Antokol.

Sekcja Nr. 14. (Pedjatrji). Przewodniczący prof. dr. W. Jaśiński, sekretarz dr. H. Kaulbersz-Marynowska, Biuro: Kliniki chorób dzieci, Antokol, szpital wojskowy.

Sekcja Nr. 15. (Chorób nerwowych). Przewodniczący prof. dr. Stanisław Władyczko, sekretarz dr. Janina Hurynowiczówna, Biuro: Klinika neurologiczna U. S. B. Szpital św. Jakóba.

Sekcja Nr. 16. (Psychiatrji). Przewodniczący prof. dr. R. Radziwiłłowicz, sekretarz dr. H. Jankowska, Biuro: Klinika psychiatryczna U. S. B. ul. Letnia 5. Antokol.

Sekcja Nr. 17. (Okulistyki). Przewodniczący prof. dr. J. Szymański, zastępca przew. dr. Halicki, sekretarz dr. Abramowicz, Biuro: Klinika oczna U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr, 18. (Ginekologji i położnictwa). Przewodniczący prof. dr. W. Jakowicki, sekretarz dr. W. Zaleski, Biuro: Klinika ginekologiczna U. S. B. ul. Bogusławskich 3.

Sekcja 19. (Chorób skórnych i wenerycznych). Przewodniczący dr. Hanusowicz, zastępca przew. dr. M. Mienicki, sekretarz dr. E. Sawicki. Biuro Klinika ch. skórnych U. S. B. Antokol.

Sekcja Nr. 20. (Stomatologji)—dotąd niezorganizowana.

Sekcja Nr. 21. (Historji i filozofji medycyny). Przewodniczący prof. dr. Stanisław Trzebiński. Biuro. Seminarjum historji medycyny U.S.B. Kolegjum Swiętojańskie.

Sekcja Nr. 22. (Medycyny wojskowej)—dotąd niezorganizowana.

Sekcja Nr. 23. (Nauk .farmaceutycznych). Przewodniczący prof. Jan Muszyński, sekretarz inż W. Strażewski. Biuro: Zakład farmakognozji U. S. B. ul. Objazdowa 2.

Sekcja Nr. 24. (Weterynarji)—dotąd niezorganizowana

Podając powyższe do wiadomości wszystkich, mających zamiar wziąć udział w Zjeździe, Komitet organizacyjny prosi, by w sprawach naukowych zgłaszano się do przewodniczących

poszczególnych sekcyj. W sprawach sekcyj dotąd niezorganizowanych, jakoteż w sprawach ogólnych, zwracać się należy do sekretarza generalnego.

Prof. *Michejda*, sekretarz generalny.

Prof. *Januszkiewicz*, Przewodniczący.

Dr. WŁODZIMIERZ SZAFRAN Lwów.

Sprawozdanie z działalności Instytutu Stomatologicznego K. Ch. m. Lwowa za rok 1927.

Kierownik: Dr. Włodz. Szafran.

1. Personel Instytutu Stomatolog. K. Ch. m. Lwowa.

1. Kierownik.
12. Lekarzy.
1. technik — dentystyczny I.
2. techników dentystycznych II.
2. „ „ III.

5. pomocnic dentystycznych.
1. pomocnica książkowa.
3. praktykantów techniczno-dentystycznych.
2. praktykantki na pomocnice dentystyczne.

2. Ogólna liczba godzin pracy lekarskiej wynosiła w 1927 r.

w ambulatorjum	2191
na oddz. dent. zachowawczej	5382
Razem	7573

3. Ogólna liczba przyjętych osób w Instytucie w 1927 r.

na oddziale I. (chirurgji i ambulat).	37389
na oddziale II. (dentystyki zachowawczej).	32872
na oddziale III. (protetyki dentystycznej).	3975
Razem	74235

Oddział I.

Ogólna liczba godzin pracy lekarskiej w 1927 r.		2191
Ogólna liczba przyjętych osób na oddziale I.		37389
Z tego osób zgłaszających się po raz pierwszy		21502
„ „ ubezpieczonych	*27272*	
Z tego członków rodzin	*10117*	

Liczba zabiegów na oddziale I.

Usunięto ogółem zębów		28338
z tego atypowo	*560*	
z tego typowo	*27778*	
z separacją korzeni	*455*	
z dłutowaniem	*105*	
Znieczuleń intraoralnych wykonano ogółem		19513
z tego miejscowych	*11916*	
„ przewodzeniowych	*7597*	
zamroczeń eterowych		30
Znieczuleń extraoralnych wykonano		5

Inne zabiegi chirurgiczne wykonane

Resekcja korzeni	221
Oper. dziąślaków	5
„ kostniniaków szczęk	10
„ torbieli korzeniowych	135
„ „ zawiązkowych	10
„ gingivitis hypertrophica	3
„ gingivocetomia modo Neuman	55
„ sekwestrotomia	14
Otwarcie ropowic rozległych	30
„ ropni dziąsła	275
„ „ podniebienia	85
„ „ zimnych policzka	12

Ciekawsze przypadki kliniczne

Przetoka ślinianki	1
Przetoki licowe	18
„ bródkowe	12
Przetoka licowa z wykazanemi bakterjol. prątkami Koch'a	1
Zaburzenia w wykłuwaniu się zęba mądrości	405
Brodawczak błony śluzowej policzka	1
Torbiel ślinianki podszczękowej	1
Stomatitis ołowiu	1
Stomatitis mercuriale	15
Zwichnięcie żuchwy z rozdarciem torebki stawowej	1
Purpura haemorohagica	1
Gingivitis hypertrophica na tle lues	3

Obrażeń szczękowych		2
z tego szczęki górnej	*1*	
z tego szczęki dolnej	*1*	
Objaw Cap de Pout'a		1
Emp. Antri Highmori i otwarcie		5
Usunięto zatrzymanych zębów		8
z tego kłów zatrzymanych	*6*	
„ 4| „	*1*	
„ |8 „	*1*	
Opatrunków zrobiono ogółem		3744

Oddział II.

Ogólna liczba godzin lekarskich w 1927 r.		5382
Ogólna liczba przyjętych osób		32872
z tego ubezpieczonych	*22827*	
„ członków rodzin	*10045*	
„ po raz pierwszy		9216
Zatruć arszenikiem wykonano		6259
Wypełnień korzeni „ w zębach		5805
Wypełnień ubytków „ „		15081
Z tego cementowych	*3720*	
„ amalgamowych	*7119*	
„ krzemowych	*4242*	
Innych zabiegów leczniczych wykonano		12651
Oczyszczono z kamienia nazębnego ust		621

Oddział III.

Ogólna liczba wizyt		3975
Ogólna liczba przyjętych osób		594
z tego ubezpieczonych	*461*	
„ członków rodzin	*133*	
Wykonano nowych protez kauczukowych		647
Przerobiono używanych protez „		39
Wykonano naprawek protez K. noszonych		187
Zużyto zębów nowych		6538
Wykonano klamer metalowych		969
Zużyto ssawek		181
Wykonano zatykadeł		5
Wykonano szyn przy obrażeniach szczękowych		2

List otrzymany.

Szanowny Panie Redaktorze!

Proszę o umieszczenie na łamach Przeglądu Dentystycznego tych parę słów:

Przeczytawszy trzydziestowierszową odpowiedź Dra W. Czerneckiego na rzeczowy artykuł Dra W. Szafrana, nie mogę powstrzymać się od wyrażenia żdziwienia z powodu treści odpowiedzi Dra W. Czerneckiego. Dr. W. Szafran na zasadzie ścisłego rozumowania, opartego na naukowych danych, przyszedł do przekonania, że system dra W. Czerneckiego zalet żadnych prócz wad wybitnych, nie posiada. Dr. W. Szafran przytoczył dane naukowe, a nie osobiste mniemania.

Cóż przeciwstawił temu w swojej trzydziestowierszowej, odpowiedzi dr. W. Czernecki? Jedynie subjektywne twierdzenie, że metoda jego jest dobra, ponieważ daje autorowi zadawalniające jego wyniki. W ten sposób prowadzona dyskusja nikogo przekonać nie może, a raczej wzbudza przypuszczenie, że dr. W. Czernecki dowodów naukowych, obalających twierdzenie dra W. Szafrana, nie przytoczył dlatego, bo ich nie posiada. Zupełnie innej dyskusji oczekiwaliśmy od kierownika działu technicznego w Państwowym Instytucie Dent., aczkolwiek przyzwyczailiśmy się do tego, że na niektórych oddziałach utarł się zwyczaj zalecania metod takich, które nie zawsze są w zgodzie z panującemi poglądami naukowemi.

Nie przypuszczaliśmy jednak, że metoda ta znajdzie naśladowców.

Racz przyjąć Szanowny Redaktorze wyrazy szacunku.

Dr. Med. A. Gruszczyński